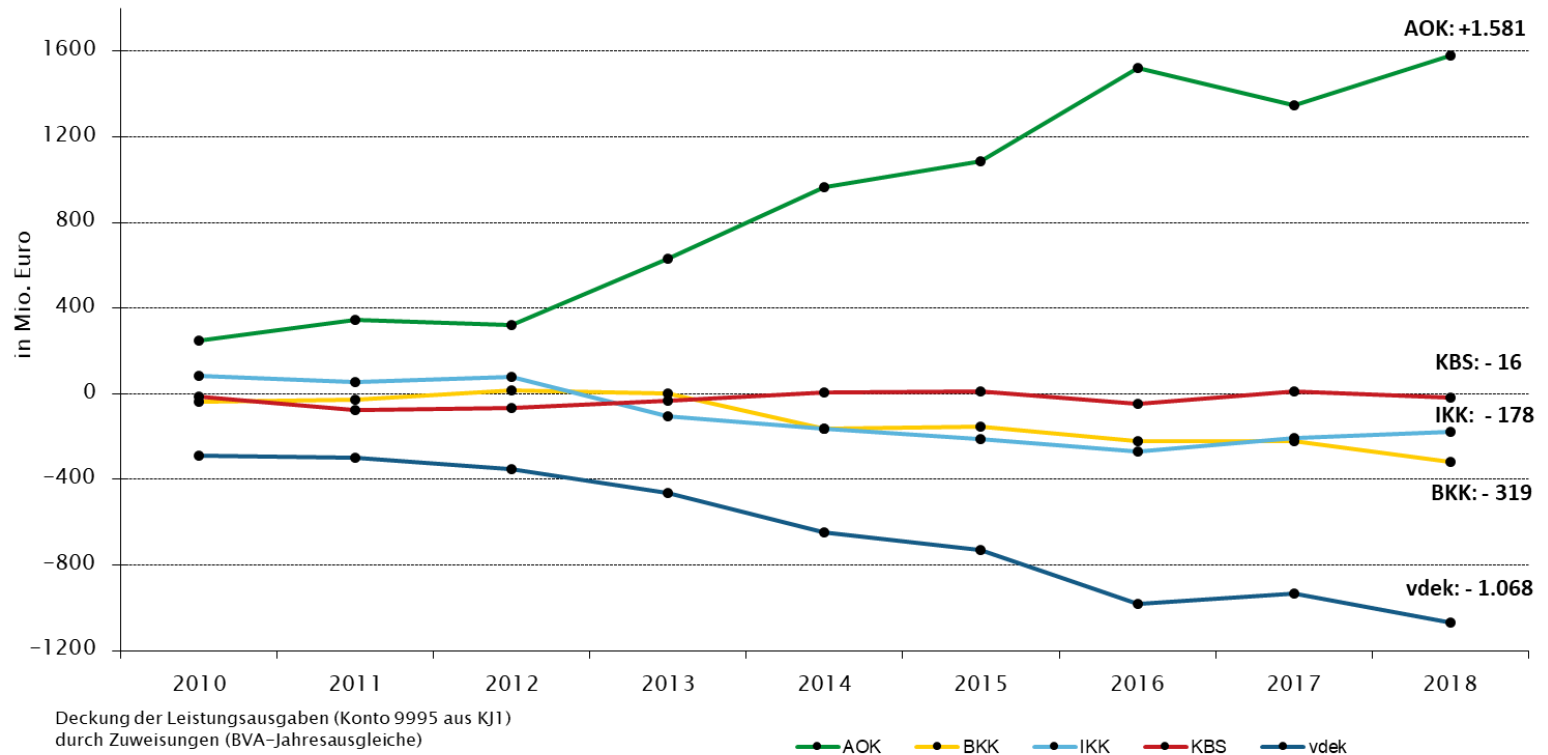


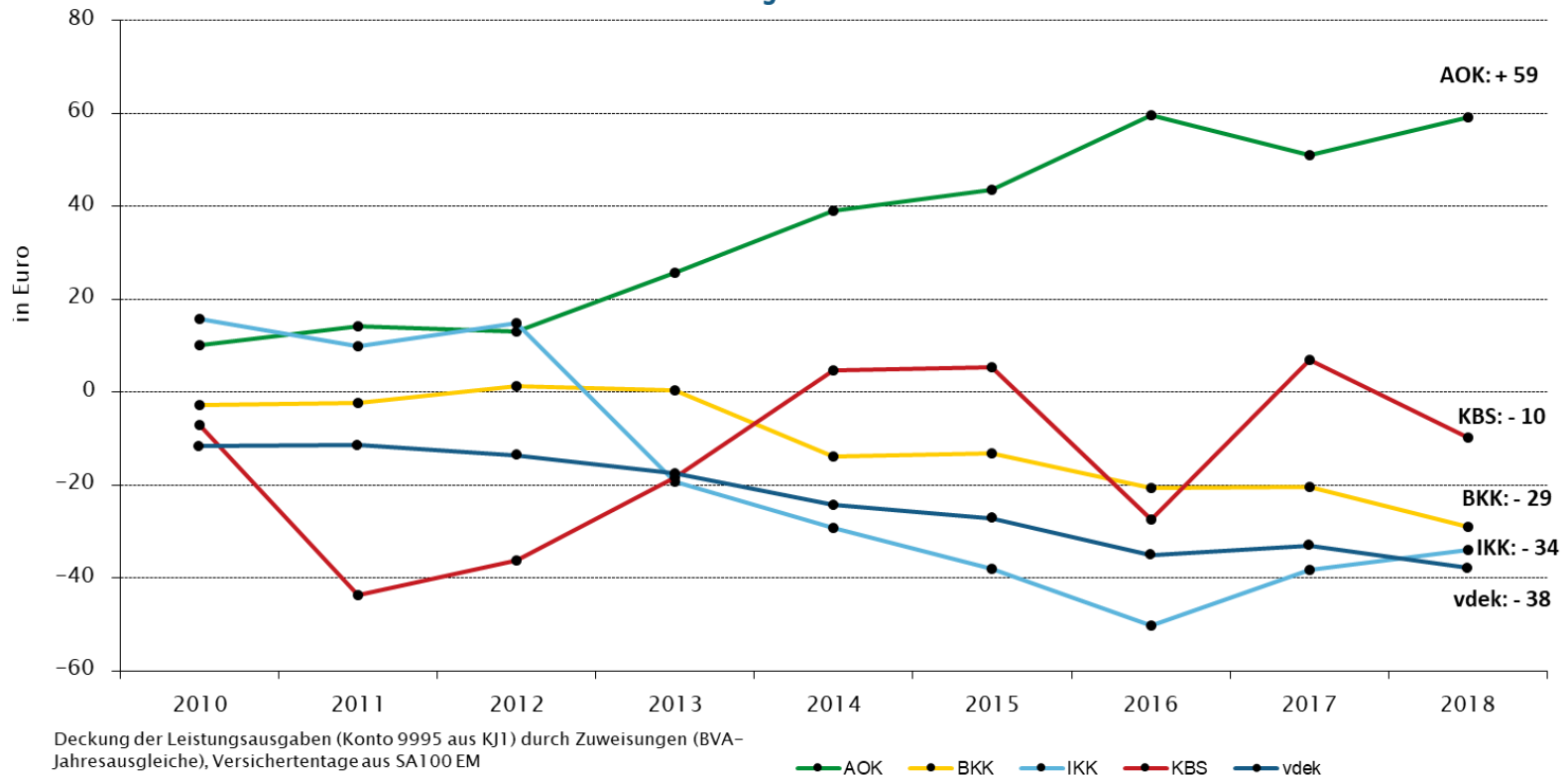
***Anhörung zum GKV-FKG–
Das RSA-Reformpaket nicht
aufschnüren***

Deckung der im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben durch Zuweisungen (§ 266 Abs. 2)



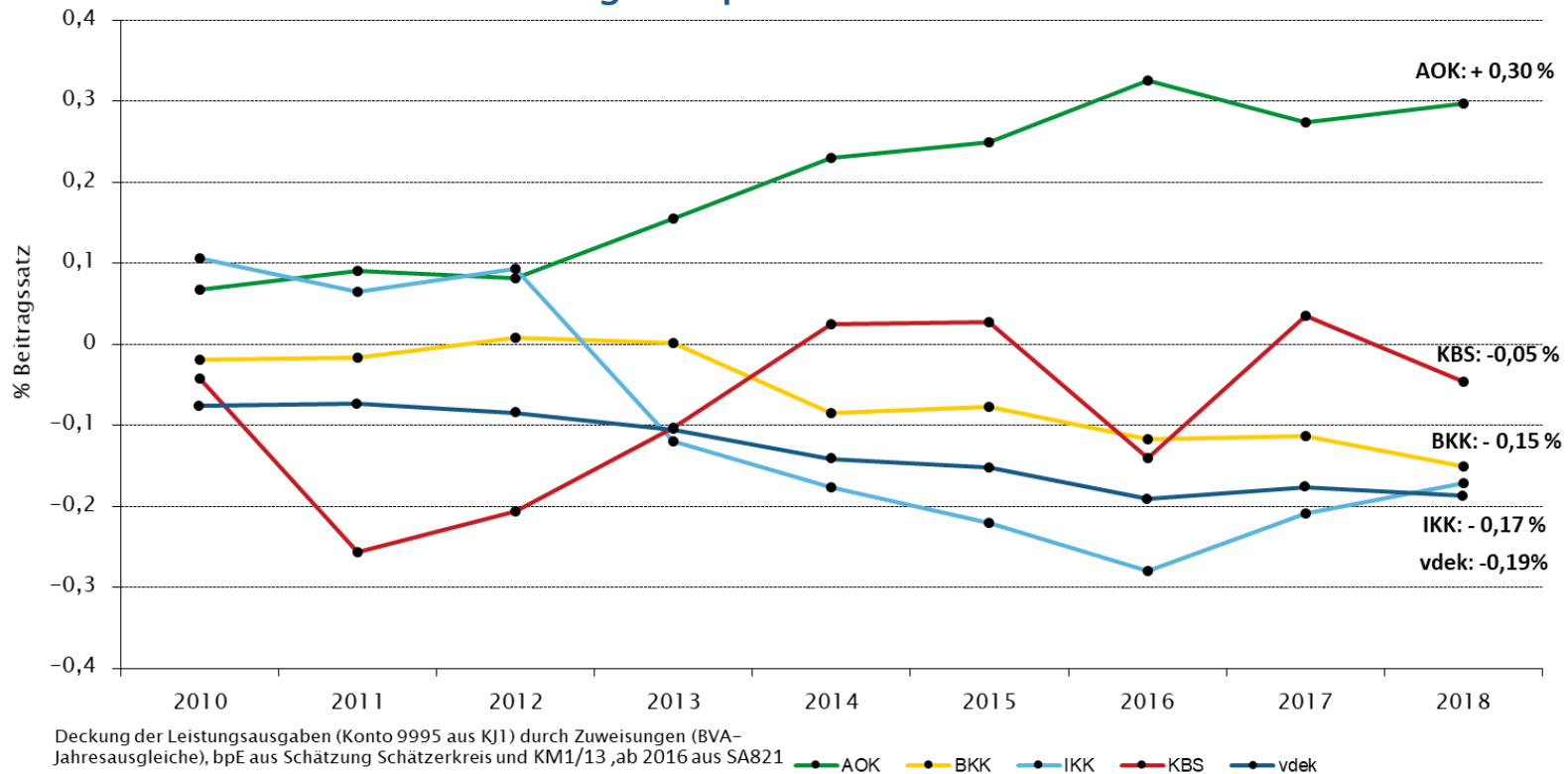
Die AOKen erhalten für jeden Versicherten 59 Euro mehr, als sie zur Versorgung benötigen

Deckung der im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben durch Zuweisungen (§ 266 Abs. 2) – je Versichertenjahr



Die Vorteile spiegeln sich auch in den zu erhebenden ZBS wider

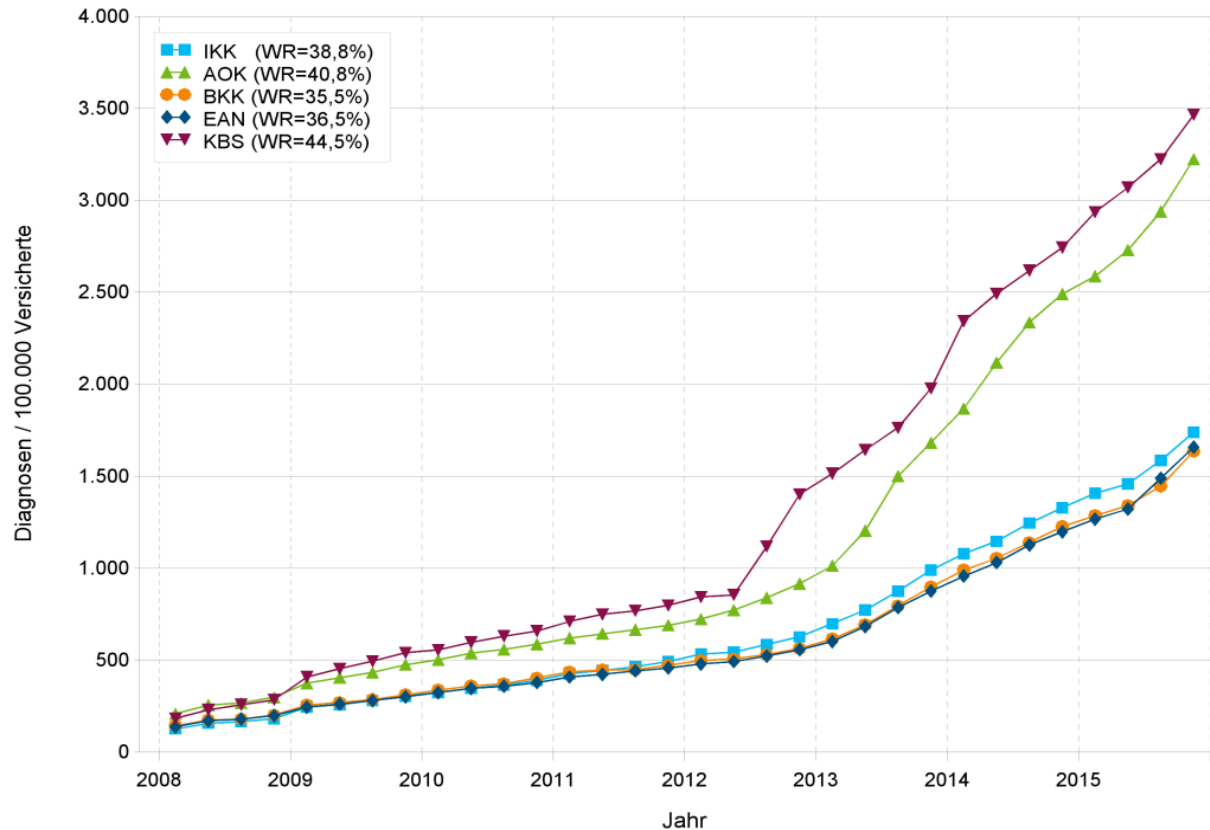
Deckung der im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben durch Zuweisungen (§ 266 Abs. 2) – in Beitragssatzpunkten



- Einführung eines Vollmodells unter zwingender Einführung einer vollumfänglichen Manipulationsbremse
- Einführung einer Regionalkomponente in den RSA: externe Faktoren berücksichtigen;
- Streichung der Erwerbsminderungsgruppen sowie der zugehörigen Zuschläge: bessere Mittelverteilung für Erkrankte;
- Einführung eines Risikopools: bessere Finanzierung teurer Therapien und Behandlungen;
- Einführung einer Präventionskomponente: Präventionsmaßnahmen belohnen.

Adipositas als Beispiel für die Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA

Adipositas (seit 2013 im Morbi-RSA berücksichtigungsfähig):
Ambulante, gesicherte Diagnosen pro Quartal nach Kassenarten



Im Zeitverlauf alters- und geschlechtsstandardisiert, normiert, alle Diagnosenennungen

Quelle: Bundesversicherungsamt

Im Februar 2016
wird Entfall der
Berücksichtigung
im Morbi-RSA
bekannt gegeben

Stärkung der Manipulationsresistenz des Morbi-RSA im Vollmodell konsequent und unverzichtbar

- Ausschluss hierarchisierter Morbiditätsgruppen (HMGs) von den Zuweisungen, wenn ihre Steigerungsrate statistisch auffällig ist. Ausnahmen sind sinnvollerweise vorgesehen bei medizinisch und diagnostisch bedingten Gründen für den Anstieg.
- Das ist ein wirkungsvolles präventives Instrument zur Vermeidung von Manipulationen. Die Manipulationsbremse muss mit allen Elementen konsequent umgesetzt werden.
- Neuformulierung des bereits bestehenden Verbots der Diagnosevergütung, um Umgehungsstrategien zu eliminieren.
- Unbedingt notwendiges Instrument zur Durchsetzung des Verbots der Diagnosevergütung. Kein gesundheitspolitisch sinnvoller Versorgungsvertrag wird damit verhindert!
- Abschaffung der Wirtschaftlichkeitsberatung von Vertragsärzten durch Krankenkassen.
- Das ist ein sinnvolles Instrument, um Kodierberatung durch Krankenkassen zu unterbinden.
- Eigenständiges anlassbezogenes Prüfrecht des BVA als RSA-Durchführungsbehörde für Selektivverträge im Hinblick auf RSA-relevante Verstöße.
- Konsequentes Instrument zur Durchsetzung der Manipulationsbremse.

Was spricht für die Regionalkomponente?

1. Regionalkomponente schafft regional faire Wettbewerbsbedingungen

Die Krankenkassen mit Überdeckung haben bisher mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds bekommen als sie für die Versorgung ihrer Versicherten benötigen. Die meisten Krankenkassen haben diese Überdeckung bzw. diesen ungerechtfertigten Vorteil lieber in die Bildung hoher Rücklagen oder in einen unterdurchschnittlichen Zusatzbeitrag investiert und diesen Vorteil nicht für eine bessere Versorgung ihrer Versicherten genutzt.

2. Regionalkomponente zieht kein Geld aus der Versorgung ab

Die Regionalkomponente wirkt nicht direkt auf das Versorgungsniveau einer Region. Es verändern sich die Zuweisungen an die Krankenkassen. Diese Zuweisungen haben keinen Einfluss auf die Versorgung in den Regionen. Kein heute bestehender Vertrag verliert seine Wirkung.

3. Regionalkomponente zementiert keine Angebotsstrukturen

Das vorgeschlagene „regional-statistische Direktmodell“ des Wissenschaftlichen Beirats ist geeignet, den festgestellten regionalen RSA-Verzerrungen deutlich entgegenzuwirken. Laut Gesetzentwurf können die regionalen Merkmale insbesondere die regionale Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur, die Preisstruktur medizinischer Leistungen, die demografische Struktur, die Sozialstruktur, die Markt- und Wirtschaftsstruktur sowie die Siedlungsstruktur am Wohnort der Versicherten umfassen.

Ärztliche Diagnosestellung nur nach medizinischen Gesichtspunkten oder warum das Verbot der Diagnosevergütung richtig ist

Regionale Versorgungsverträge sind mit den neuen Regelungen umsetzbar!

- ICD-Diagnosen können weiter als Einschlusskriterien fungieren;
- Die Anknüpfung bestimmter Leistungen an allgemeine Krankheitsbegriffe bzw. die Kapitel-oder Obergruppengliederung ist zur Darstellung eines differenzierten Krankheitsbild ausreichend;
- Das einzige, das sich künftig ändert: es gibt keine vertraglich vorgegebenen Kodieranweisungen mehr für die Ärzte;
- Bundesweit geöffnete Kassen haben es bereits unter Beweis gestellt: Listen mit Diagnosen bedarf es in Verträgen nicht; die Vertragsanpassungen wurden durch das BVA genehmigt.

Damit stellt sich die Frage: warum bekommen es die anderen nicht hin?

Warum eine Streichung der EMG richtig ist:

- Bereits bestehende Unterdeckungen bei der kleineren Gruppe der Erwerbsminderungsrentner, den jungen Erwerbsminderungsrentnern, wird durch verschiedene Maßnahmen im GKV-FKG begegnet. Bestehende Überdeckung bei der größeren Gruppe der Erwerbsminderungsrentner müssen durch die Streichung der EMG abgebaut werden. Der Morbi-RSA wird dadurch zielgenauer.
- Die Versorgung verschlechtert sich durch die Streichung nicht. Die Finanzmittel kommen vielmehr verstärkt dort an, wo sie benötigt werden.
- Isoliert betrachtete, minimalste Änderungen bei einer statistischen Kenngröße können vor allem bei einem GKV-FKG als einem Gesamtpaket an RSA-Reformmaßnahmen nicht gegen eine Streichung sprechen.

Besser: mehr Zuweisungen für Erkrankungen

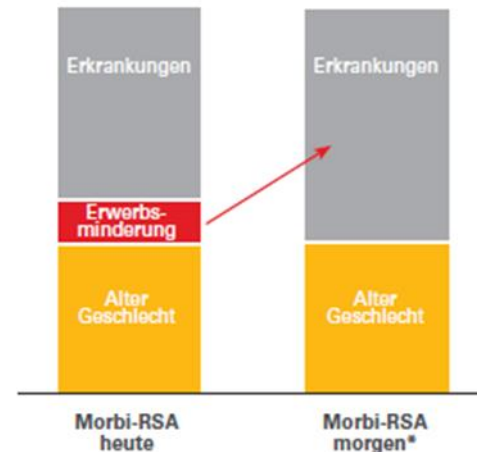


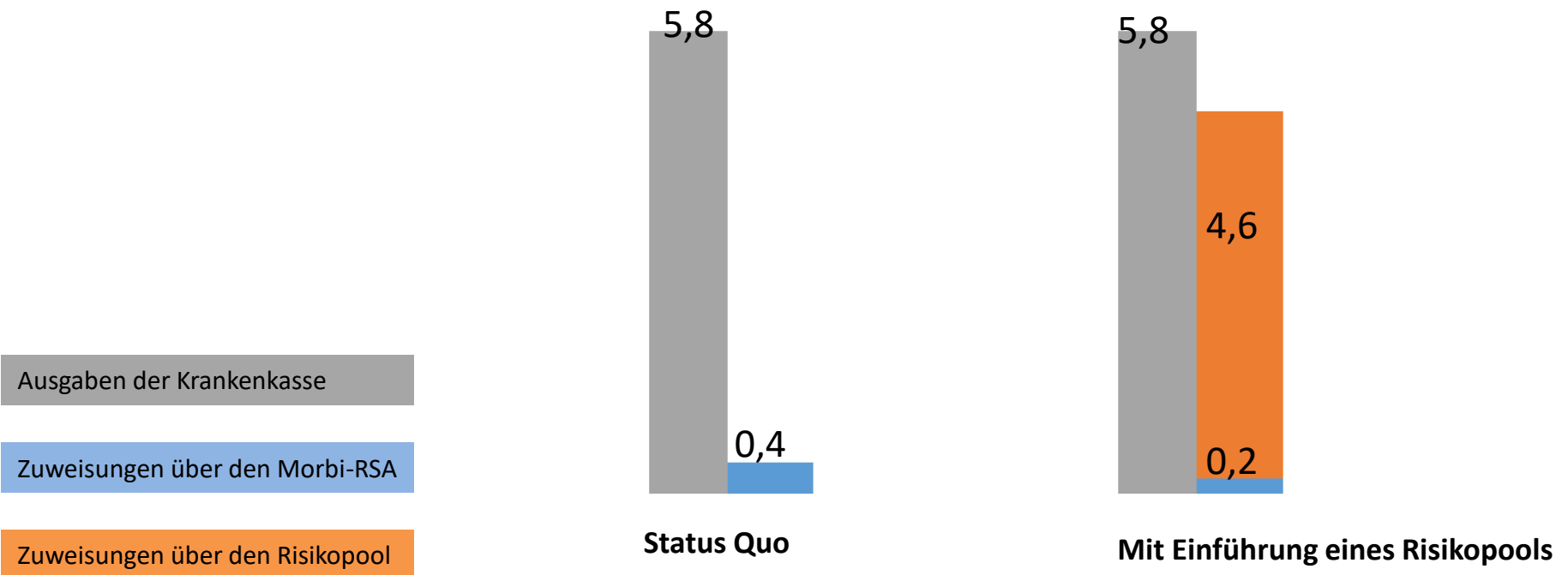
Tabelle 7.41: Vergleich der Kennzahlen auf Versichertenebene

Modellübersicht					
	AJ2015	Streichen EMG		EMG als Schweregrad	
N _{Risikofaktoren}	240	234		247	
Kennzahlen auf Individualebene					
	Kennzahl	Kennzahl	Vergleich zu SQ	Kennzahl	Vergleich zu SQ
R ²	24,63%	24,56%	-0,07%	24,67%	0,04%
CPM	23,94%	23,88%	-0,06%	23,95%	0,01%
MAPE	2.201,24 €	2.202,89 €	1,65 €	2.200,87 €	-0,37 €

Sondergutachten zu den Wirkungen des Morbi-RSA, BVA, 2017. S. 357

Warum die Einführung eines Risikopools richtig ist:

**(Beispiel-)Patient mit der Bluterkrankheit im Status Quo
und bei Einführung eines Risikopools
(in Mio. Euro)**



Die Einführung eines Vorsorge-Zuschlags wird begrüßt

- Prävention ist wichtig, aktuell aber ein Minusgeschäft.
- Das liegt daran, dass der Morbi-RSA Ausgabensteigerungen aufgrund zunehmender Morbidität, die durch Präventionsmaßnahmen hätten gebremst werden können, größtenteils durch steigende Zuweisungen ausgleicht.
- Höhere Präventionsausgaben führen auch zukünftig nicht grundsätzlich zu einer Erhöhung der Zuweisungen.
- Der Vorsorge-Zuschlag verringert aber zumindest die finanziellen Hemmnisse von Präventionsbemühungen.

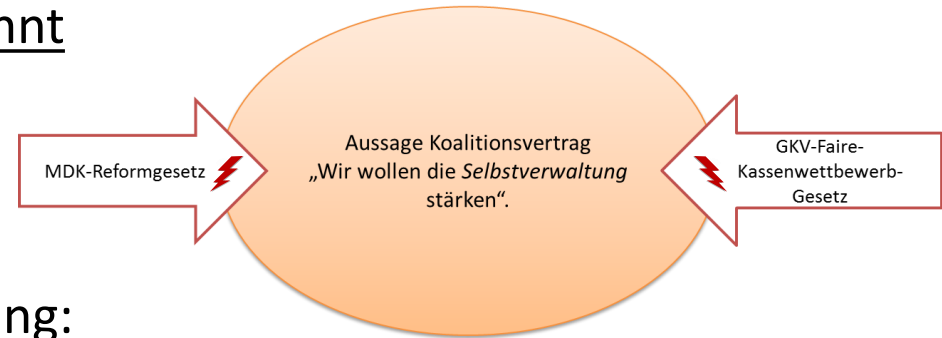
Der Vorsorge-Zuschlag erhöht Präventionsanreize (Rechenbeispiel)

Ohne Vorsorge		Vorsorgeuntersuchung		Vorsorgeuntersuchung und Präventionskurs	
Keine Gesundheitsuntersuchung	0 €	Gesundheitsuntersuchung: (GOP 01732)	34,63 €	Gesundheitsuntersuchung: Risikofaktoren Hypertonie	34,63 €
Ø Zusätzliche Ausgaben für Hypertonie	228,76 €			Präventionskurs zur Senkung Bluthochdruck	100 €
RSA-Zuweisung	228,76 €	RSA-Zuweisung	0 €	RSA-Zuweisung	0 €
Saldo	0 €	Saldo	-34,63 €	Saldo	-134,63 €
		<i>Vorsorge-Zuschlag</i>	<i>ca. + 25 €</i>	<i>Vorsorge-Zuschlag</i>	<i>ca. + 25 €</i>
		<i>Neuer Saldo</i>	<i>-9,63 €</i>	<i>Neuer Saldo</i>	<i>-109,63 €</i>

Die Reduzierung der Mitgliederzahl des Verwaltungsrates auf 40 Teilnehmer wird abgelehnt

- Keine adäquate Abbildung der Mitglieds-kassen möglich
- Das vom Gesetzgeber definierte Ziel, dass die Verteilung der Sitze und die Gewichtung der Stimmen zwischen den Kassenarten zu einer größtmöglichen Annäherung an den prozentualen Versichertenanteil der jeweiligen Kassenart führen soll, wird verfehlt (vgl. § 271 c Absatz 2).
- Die bestmögliche Anpassung der Sitz- und Stimmenverteilung an die Versichertenproporze im Verwaltungsrat ist laut den im Gesetz vorgegebenen Kriterien nur mit 52 Sitzen zu gewährleisten.

Die Einrichtung eines Lenkungsgremiums in der im Gesetzentwurf vorgesehenen Form wird abgelehnt



Was bedeutet die Neuregelung:

- Aushöhlung des Verantwortungsbereichs des Verwaltungsrates
- Einschränkung der Entscheidungskompetenz des Vorstandes
- Keine grundlegende Verbesserung des Informationsflusses



Bereits heute ist die kontinuierliche Informationsweitergabe und Einbindung der Kassen und Kassenarten über bestehende Gremienstruktur und mehr als 100 Arbeitsgruppen sichergestellt.

Die Einrichtung eines Lenkungsgremiums (LKA) in der im Gesetzentwurf vorgesehenen Form wird abgelehnt

Der GKV-Spitzenverband hat einen Gegenvorschlag vorgelegt, den alle Kassenverbände mittragen.

Dieser sieht ein Beratungsgremium vor:

- BKA berät Verwaltungsrat und Vorstand in Versorgungsfragen
- BKA wird erweitert um einen Sitz pro Kassenart
- Vorsitzende Verwaltungsrat nehmen an Sitzungen teil

Fazit: Faire Wettbewerbsbedingungen gibt es nur, wenn das Paket zusammen bleibt



Bildhinweis: esolla/iStock.com

Ihre Gesprächspartner:

Ulrike Elsner, Vorstandsvorsitzende des vdek

Franz Knieps, Vorstand des BKK Dachverbandes e.V.

Jürgen Hohnl, Geschäftsführer des IKK e.V.